



Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Servicio Social

CIRCUITO DE SALUD DEL CIUDADANO CHUBUTENSE EN ENFERMEDADES DE ALTA COMPLEJIDAD: DESDE UNA PERSPECTIVA DE DERECHOS.



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

TUTORAS

Lic. Bernsdorff de Rivera, Solvejg Ingrid

Lic. Maggio de Minetti, María Elena

Lic. Polo, Rita

Lic. Gutierrez, Dolores

AUTORA

Cúneo Libarona, Ma. Agustina

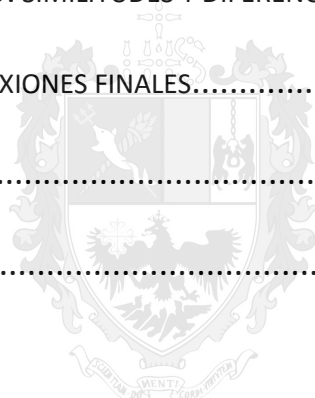
AÑO: 2018

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	5-7
II.	HOJA DE RUTA.....	8
	a. TEMA.....	8
	b. PROBLEMA.....	8
	c. HIPÓTESIS.....	8
	d. OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	8
III.	MARCO TEÓRICO.....	9-35
	a. CAPÍTULO 1: CONTEXTO HISTÓRICO Y ROL DEL ESTADO FRENTE A LA SALUD.....	10-15
	i. DERECHOS HUMANOS Y DERECHO A LA SALUD.....	10-12
	ii. ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....	12-13
	iii. OBRAS SOCIALES: OBLIGACIONES.....	13-15
	b. CAPÍTULO 2: PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD.....	16-21
	i. CONCEPTOS Y TÉRMINOS.....	16-17
	ii. LA DIMENSIÓN SOCIAL DE LA ENFERMEDAD.....	18
	iii. RELACIÓN MÉDICO –PACIENTE.....	18-20
	iv. CIRCUITO DE SALUD.....	20-21
	c. CAPÍTULO 3: REDES SOCIALES.....	22-28

i.	TIPOS DE REDES SOCIALES.....	22-24
ii.	CARACTERÍSTICAS, ESTRUCTURAS Y FUNCIONES DE LAS REDES SOCIALES.....	24-26
iii.	INFLUENCIA DE LAS REDES SOCIALES EN EL TRABAJO SOCIAL.....	26-28
d.	CAPÍTULO 4: NECESIDADES Y SATISFACTORES.....	29-32
i.	NECESIDADES.....	29-30
ii.	SATISFACTORES.....	30-32
e.	CAPÍTULO 5: RESILIENCIA.....	33-35
i.	FACTORES Y FUENTES DE LA RESILIENCIA.....	33-34
ii.	ABORDAJE DE LA RESILIENCIA EN TRABAJO SOCIAL.....	35
IV.	MARCO INSTITUCIONAL.....	36-41
V.	MARCO METODOLÓGICO.....	42-47
VI.	TRABAJO DE CAMPO.....	48-73
i.	MATRIZ DE DATOS. PERFIL DEL PACIENTE Y DEL/ DE LOS ACOMPAÑANTE/S.....	49
ii.	MATRIZ DE DATOS. EJE 1A: DIAGNÓSTICO Y DERIVACIÓN.....	50-52
iii.	MATRIZ DE DATOS. EJE 1B: TRATAMIENTO Y ESTADÍA EN BUENOS AIRES.....	53-59
iv.	MATRIZ DE DATOS. EJE 2A: RED SOCIAL PRIMARIA.....	60-64
v.	MATRIZ DE DATOS. EJE 2B: RED SOCIAL SECUNDARA.....	65-68
vi.	MATRIZ DE DATOS. EJE 2C: RED SOCIAL INSTITUCIONAL.....	69-73

VII.	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE ENTREVISTAS.....	74-149
	i. PACIENTE 1.....	75-87
	ii. PACIENTE 2.....	88-99
	iii. PACIENTE 3.....	100-111
	iv. PACIENTE 4.....	112-126
	v. PACIENTE 5.....	127-137
	vi. PACIENTE 6.....	138-149
VIII.	ANÁLISIS COMPARATIVO: SIMILITUDES Y DIFERENCIAS.....	150-172
IX.	CONCLUSIONES Y REFLEXIONES FINALES.....	173-201
X.	ANEXOS.....	202-211
XI.	BIBLIOGRAFÍA.....	212-213



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

El presente proyecto de tesis tiene como fin abordar la temática de la Salud en un ámbito institucional provincial situado en la Ciudad de Buenos Aires: La Casa de la Provincia del Chubut. El mismo busca conocer el proceso que atraviesan los ciudadanos chubutenses al ser derivados a Buenos Aires y cómo transitan dicho proceso. Esta investigación se inicia a raíz del proceso de formación profesional transitado durante los dos últimos años de la Licenciatura en Servicio Social.

En el Servicio Social de la Casa de la Provincia del Chubut se reciben a diario ciudadanos chubutenses que están transitando una enfermedad (propia o de alguien cercano) y plantean sus necesidades, expectativas y dificultades por las que atraviesan como pacientes o como acompañantes del mismo.

La razón por la que son derivados a la Ciudad de Buenos Aires y no reciben un tratamiento en su ciudad se debe a que su situación clínica supera la complejidad que ofrece la Provincia del Chubut y por ende son derivados a Buenos Aires para realizarse el tratamiento adecuado. Todo lo que atañe a la derivación de estas personas genera grandes cambios en su vida cotidiana, en su organización social, económica y familiar. Por lo cual allí comienza un proceso, generalmente prolongado en el tiempo, donde la persona debe hacer frente a situaciones difíciles y donde se juegan sus fortalezas y debilidades y su capacidad de resiliencia.

En reiteradas oportunidades hemos escuchado a los ciudadanos poner de manifiesto lo dificultoso de moverse en la Ciudad, la engorrosa burocracia de las Obras Sociales donde deben reclamar las prestaciones que su Obra Social les otorga, las complejidades que presentan las Instituciones de la Salud y los gastos que genera su estadía en Buenos Aires.

El perfil de personas en el cual esta investigación se basará, fue considerado de forma amplia, siendo todo ciudadano chubutense que se encuentre derivado en la Ciudad de Buenos por una enfermedad de alta complejidad, sin delimitarlo por sexo, edad, nivel socioeconómico o tipo de enfermedad, ya que sostenemos que es importante considerar tanto la voz de los adultos como de los niños, sus familiares o acompañantes, cualquiera sea su situación clínica en el atravesamiento del Circuito de Salud. Esta investigación busca darle luz a esta situación, para superar la idea de que la derivación únicamente implica la cobertura médica por parte de la obra social, e ir más allá relevando situaciones que nos permitan identificar el impacto que produce dicha derivación en otros aspectos, sociales, emocionales y económicos sobre la persona y su grupo familiar más cercano.

Creemos que es importante ahondar en esta temática para poder repensar las intervenciones que se llevan a cabo desde el Servicio Social de la Casa, y a su vez, pensar estrategias de intervención a futuro

a fin de contemplar aquellas necesidades, dificultades y expectativas expuestas en este proyecto de investigación.

Con el objetivo de recolectar información detallada, realizaremos entrevistas con cierto grado de profundidad ya que permiten captar las percepciones de las personas, así como el sentido y significado que le otorgan a su conducta y a las experiencias que atraviesan; asimismo, utilizaremos la observación ya que entendemos que los gestos, las expresiones, el clima emocional y toda comunicación analógica es información que enriquece el análisis de las entrevistas por lo que se cree necesario tenerla en cuenta.

Los objetivos de este trabajo serán conocer el perfil de los ciudadanos chubutense en el momento de la derivación; cómo el ciudadano chubutense percibe al Circuito de Salud; cuáles son las necesidades, dificultades y expectativas que atraviesan desde su diagnóstico y durante su tratamiento en la Ciudad de Buenos Aires; reconstruir el entramado de las redes sociales del individuo y cómo influyen en el proceso.

Los recursos con los que contamos previamente al iniciar la investigación se tratan del material brindado por el Servicio Social de la Casa del Chubut (legajos) y las personas atendidas por este servicio (contacto diario) en el marco de las prácticas pre-profesionales.

La elección del tema de la presente investigación, se debe al interrogante planteado por las autoras acerca de la necesidad de contemplar la calidad de vida de las personas que son derivadas y trabajar para aminorar el impacto que la derivación misma genera, poniendo al ser humano en el centro. En esta búsqueda de elementos que pudieran servirnos para utilizar más eficientemente los recursos brindados por el Servicio Social de la Casa del Chubut es donde se decidió comenzar a analizar sobre los diferentes factores (percepciones, necesidades, expectativas, dificultades, etc.) por los que atraviesan las personas derivadas, dado que se observó que detrás de las demandas puntuales y explícitas del ciudadano chubutense que concurre al Servicio Social, subyace una demanda implícita y una carga emocional que debe ser contemplada desde el Trabajo Social por ser una profesión, que, además de paliar carencias, promueve el desarrollo de las potencialidades propias de cada persona para su superación personal y de las situaciones que le toca afrontar, considerando su capacidad resiliente, por ser la que les permite superar situaciones de adversidad y salir fortalecidas de ellas.

Durante la primera etapa de la investigación, se trabajó en conjunto con la alumna Ma. Laura Parrado, realizando el planteo del tema, del problema, y de los objetivos; trazando tanto el Marco Teórico como el Metodológico e Institucional, y realizando las entrevistas. El resto de la elaboración realizada fue desarrollada por la autora.

Para finalizar, creemos que el rol del Trabajador Social es una de las disciplinas esenciales para trabajar la temática abordada, ya que como tal es un dinamizador de procesos, que cuenta con las herramientas necesarias para trabajar desde un abordaje integral, en el ámbito de la salud, es decir, ampliando la perspectiva médica, sumando la dimensión psicosocial, cultural y espiritual como expresiones de la existencia humana directamente relacionadas con la comprensión de los procesos de la salud y la enfermedad. Asimismo, puede otorgar una mirada global, estructural y sistémica de la situación de salud y enfermedad del sujeto, su familia y la comunidad.



TEMA

La Salud en el marco de una derivación.

PROBLEMA

¿Cuáles son las percepciones que tienen los ciudadanos chubutenses acerca del Circuito de Salud al ser derivados de la Provincia del Chubut a la Ciudad de Buenos Aires por una enfermedad de alta complejidad?

HIPÓTESIS

El hecho de tener que ser derivados de la provincia del Chubut a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, para tratar una enfermedad de alta complejidad produce en los ciudadanos una situación de desarraigo que impacta en múltiples aspectos de la vida: sobre su red social, sobre su situación socio-económica y sobre sí mismo.

OBJETIVO GENERAL

Conocer desde la percepción de los ciudadanos chubutenses, cuáles son sus expectativas, necesidades y dificultades que atraviesan en el Circuito de Salud cuando son derivados de la provincia a la Ciudad de Buenos Aires por una enfermedad de alta complejidad, y presentan su situación en el Servicio Social de Casa del Chubut, entre los meses de julio 2016 y junio 2017.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer el perfil de los ciudadanos chubutenses (sexo, edad, ciudad de origen, nivel socio-económico, nivel de instrucción, características de su grupo familiar) en el momento de la derivación.
- Conocer cómo el ciudadano chubutense percibe al Circuito de Salud: expectativas, necesidades y dificultades que atraviesan durante el diagnóstico y durante el tratamiento en la Ciudad de Buenos Aires.
- Reconstruir el entramado de Redes Sociales de los ciudadanos chubutenses y cómo estas influyen en la etapa de diagnóstico y en la etapa del tratamiento en la Ciudad de Buenos Aires

MARCO TEÓRICO



CAPÍTULO 1: CONTEXTO HISTÓRICO Y ROL DEL ESTADO FRENTE A LA SALUD

DERECHOS HUMANOS Y DERECHO A LA SALUD

Para lograr una óptima comprensión acerca de la temática a investigar es fundamental enmarcarla dentro de los Derechos Humanos y más específicamente dentro del Derecho a la Salud, ya que no siempre en la historia de la humanidad el Ser Humano ha estado inscripto en el Derecho. La titularidad de los mismos se ha ido ampliando a lo largo de la historia. Para Liszt Viera el Ser Humano ha pasado de tener una ciudadanía antigua a una ciudadanía moderna, en tanto la primera se trataba de una ciudadanía en la que los derechos eran reservados únicamente a los ciudadanos y no todos los hombres eran considerados como tales; mientras que la segunda, la ciudadanía moderna (la cual nace en el siglo XVIII) es la que comienza a estar fundada en el principio de humanidad. En este sentido, la ciudadanía es el derecho a tener derechos y le otorga un sentido de pertenencia y de identidad al Ser Humano (Vieira, 1998). Así es como consideramos entonces al ciudadano chubutense, como sujeto de derechos, como aquel que posee un sentimiento de pertenencia para con la provincia del Chubut, lo cual está ligado íntimamente a su identidad.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos sentó las bases para la creación de un sistema internacional que estableció los principios básicos de protección y garantía de tales derechos. En su artículo 1º, la Declaración establece que “todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”. Por primera vez en la historia, la Declaración Universal de los Derechos Humanos estableció, más allá de las particularidades nacionales, “una concepción común de estos derechos y libertades” a fin de asegurar a todas las personas el respeto y garantía para el ejercicio de un repertorio de derechos y libertades, independientemente de cualquier tipo de determinaciones: lugar de nacimiento, sexo, color de piel, posición económica, entre otras. Esta declaración, enmarca lo que es el Derecho a la Salud en el art. 25 estableciendo que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.” (ONU, 1948)

Asimismo, la OMS establece como uno de sus principios que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”, y además agrega que “la salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados.” (OMS, 2014). Es decir, el Derecho a la Salud es

considerado internacionalmente como fundamental para la vida de las personas y se encuentra íntimamente ligado a todos los Derechos Humanos, además, esta definición al hacer mención de los Estados le otorga una especial obligación de contemplar a la Salud dentro de la agenda política.

El derecho a la salud incluye el acceso a una atención sanitaria oportuna, aceptable, asequible y de calidad satisfactoria. En ese sentido, el Derecho a la Salud no debe interpretarse únicamente como el derecho a estar sano.

En relación a las Obligaciones de los Estados, deben crear las condiciones que permitan que todas las personas puedan vivir lo más saludablemente posible. Esas condiciones incluyen la disponibilidad garantizada de servicios de salud, condiciones de trabajo saludables y seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos.

La Observación General N° 14 sobre el Derecho a la Salud del 2000 determina que el derecho a la salud abarca cuatro elementos: (CESCR, 2000)

1. Disponibilidad. Se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud.
2. Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas: no discriminación; accesibilidad física; accesibilidad económica (asequibilidad); acceso a la información.
3. Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida.
4. Calidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

Al igual que todos los derechos humanos, el derecho a la salud impone a los Estados Partes tres tipos de obligaciones:

- a) Respetar. Significa simplemente no ingerir en el disfrute del derecho a la salud (“no perjudicar”).
- b) Proteger. Significa adoptar medidas para impedir que terceros (actores no estatales) interfieran en el disfrute del derecho a la salud (por ejemplo, regulando la actividad de los actores no estatales).
- c) Cumplir. Significa adoptar medidas positivas para dar plena efectividad al derecho a la salud (por ejemplo, adoptando leyes, políticas o medidas presupuestarias apropiadas).

En Argentina, particularmente, este derecho está garantizado por la Constitución Nacional a partir de la reforma de 1994, que incluyó en el art. 75 inc. 22 los pactos y convenciones que lo establecen en el nivel internacional.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL DERECHO A LA SALUD

Actualmente, podemos pensar en un Derecho a la Salud titularizado en las personas, concretamente en toda persona, y en que su goce debe ser garantizado por el Estado. Esto no siempre fue de este modo. Antes bien, el surgimiento, a través del desarrollo histórico, de continuas y diversas amenazas a la calidad de vida de las personas, fue lo que impulsó la intervención del Estado en cuestiones de salud. Vale decir, la intervención del Estado en materia de salud fue impulsada por las epidemias, por las grandes catástrofes tanto naturales (sequías, inundaciones, terremotos) como humanas (guerras, revoluciones, etc.). De hecho, en la Argentina los primeros hospitales públicos surgen como necesidad de atender a ex combatientes de la Campaña del Desierto emprendida por Juan Manuel de Rosas. Es decir que a partir de una catástrofe provocada por el hombre -la guerra- surge la intervención estatal para mitigarla. (Tobar, 2012)

La intervención del Estado estaba más relacionada con las prácticas autoritarias que con los derechos y la democracia; se centraba más que nada en una consideración pública: cuidar a la población y sobre todo a sus ejércitos era fundamental. De la salud de las personas se ocupaba cada cual, y cuando el interesado no podía hacerlo, como se trataba de una cuestión “privada”, intervenían la Iglesia y las obras de caridad. (Tobar, 2012)

En 1853 Argentina sancionó su primera Constitución. En su texto no aparece explícitamente el Derecho a la Salud, sin embargo, el derecho a la vida se hace efectivo y pleno en la medida en que el derecho a la salud se encuentre satisfecho. (Pergola, 2004)

En 1949 se reforma la Constitución y se consagran por primera vez los derechos sindicales de los trabajadores, donde se protege su salud. En 1957 se introduce otra reforma constitucional (vigente hasta 1994) que establece la garantía de estabilidad de los empleados públicos, y el derecho a la seguridad social a favor de los individuos. (Pergola, 2004)

La Ley 18.610 (1970) reguló la actividad y funcionalidad de las obras sociales, y definió la obligatoriedad del aporte de los trabajadores y las contribuciones de los empleadores, comenzando la etapa impositiva y regulatoria de la seguridad social. (Pergola, 2004)

En 1980, la Ley 22.269 sustituyó la ley 18.610. Los sindicatos obtuvieron un enorme poder con la consagración del aporte obligatorio por parte de todos los trabajadores y también de los empresarios

siempre por rama de actividad. Además, se estableció la administración de esos recursos por parte de los sindicatos. (Pergola, 2004)

En 1989 se dictó la Ley 23.660 que constituyó el nuevo régimen de obras sociales y la 23.661 que definió el seguro de salud y sus agentes.

Poco a poco las Obras Sociales con el paso del tiempo fueron dejando de ser prestadoras directas y se fueron transformando en financiadoras: a partir de este cambio progresivo toman un rol protagónico las aseguradoras privadas (prepagas) en quienes las obras sociales terminaron tercerizando la prestación de los servicios a su cargo. (Pergola, 2004)

La reforma constitucional de 1994, como mencionamos anteriormente, incorporó los Tratados Internacionales a la Constitución Nacional que establecen el carácter fundamental, primordial y/o humano del derecho a la salud (Declaración Universal de los Derechos Humanos; Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre), y lo reconocen explícitamente. (Pergola, 2004)

Durante 1995 se reactivarían las iniciativas de política en el proceso de reforma del sistema de obras sociales. Para fines de 1996 se dieron otros pasos fundamentales hacia la implementación efectiva de la libre elección. (Pergola, 2004)

Por cuatro años la desregulación no tuvo vigencia. Recién a partir de enero de 1997, luego de múltiples idas y venidas, que incluyeron nuevos decretos, negociaciones y diversas situaciones de puja política entre el gobierno y el sindicalismo, comenzaría a darse un proceso de “libre afiliación” a las obras sociales. (Pergola, 2004)

En 1997 la Ley 24.754 estableció para las empresas de medicina prepaga la obligación de ofrecer el Plan Médico Obligatorio como la prestación más elemental dentro de sus planes de salud. Las Empresas de Medicina Prepaga, se habían incrementado en número, beneficiadas por la desregulación y la ausencia de un marco normativo específico, lo cual generó diferentes prácticas de dudosa ética por parte de estas empresas. (Pergola, 2004)

OBRAS SOCIALES

El sistema de obras sociales argentino constituye un sistema de seguro social de salud. Como toda institución de seguro social, sus servicios y prestaciones están dirigidos a cubrir al trabajador formal ante distintas contingencias; en el caso en cuestión, frente al riesgo de enfermedad propia y de sus familiares directos. Se trata de entidades de tipo mutualista, gestionadas y administradas en muchos casos por los sindicatos de cada rama de actividad; también pueden ser organismos creados por ley

para la protección de determinados segmentos de la población, tales como los jubilados. (Repetto & Alonso, 2004)

La Ley 23.660 de Obras Sociales, promulgada en 1989 y modificada en 1990, establece en su artículo 3ero que las Obras Sociales forman parte del Sistema Nacional del Seguro de Salud -en calidad de agentes naturales del mismo- sujetos a las disposiciones y normativas que lo regulan; asimismo, en los artículos 8vo y 9no delimitan quienes deberán ser incluidos en calidad de beneficiarios de las obras sociales, siendo estos: (Ley N° 23.660, 1989)

- a) Los trabajadores que presten servicios en relación de dependencia, sea en el ámbito privado o en el sector público del Poder Ejecutivo o en sus organismos autárquicos y descentralizados; en empresas y sociedades del Estado, en la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y en el Territorio Nacional de la Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur;
- b) Los jubilados y pensionados nacionales y los de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires;
- c) Los beneficiarios de prestaciones no contributivas nacionales;
- d) Los grupos familiares primarios de las categorías indicadas en el artículo anterior. Se entiende por grupo familiar primario el integrado por el cónyuge del afiliado titular, los hijos solteros hasta los veintiún años, no emancipados por habilitación de edad o ejercicio de actividad profesional, comercial o laboral, los hijos solteros mayores de veintiún años y hasta los veinticinco años inclusive, que estén a exclusivo cargo del afiliado titular que cursen estudios regulares oficialmente reconocidos por la autoridad pertinente, los hijos incapacitados y a cargo del afiliado titular, mayores de veintiún años; los hijos del cónyuge; los menores cuya guarda y tutela haya sido acordada por autoridad judicial o administrativa, que reúnan los requisitos establecidos en este inciso;
- e) Las personas que convivan con el afiliado titular y reciban del mismo ostensible trato familiar, según la acreditación que determine la reglamentación.
- f) Podrán ser incluidos como beneficiarios, otros ascendientes o descendientes por consanguinidad del beneficiario titular y que se encuentren a su cargo.

Asimismo, bajo el Decreto 492/1995 se crea el Programa Médico Obligatorio (PMO) que incluye todas las prestaciones que la Obra Social tiene que cubrir de manera obligatoria, cualquiera sea el plan del beneficiario. De esta manera, el PMO es una canasta básica de prestaciones a través de la cual los beneficiarios tienen derecho a recibir prestaciones médico asistencial. La obra social debe brindar las prestaciones del PMO y otras coberturas obligatorias, sin carencias, preexistencias o exámenes de admisión. En relación a lo mencionado, para las prestaciones incluidas en el PMO no existen los

llamados *períodos de carencia*, es decir, el beneficiario tiene derecho a recibir estas prestaciones desde el momento mismo de su afiliación a una obra social o prepaga.

En relación al problema que analiza esta investigación, las prestaciones obligatorias incluidas en el PMO que las Obras Sociales deben brindar están relacionadas con:

- Cobertura del traslado vía avión sanitario
- Plan Materno Infantil
- Internaciones en un 100%
- Rehabilitación
- Medicamentos en un 40%, aunque en casos específicos (medicamentos oncológicos, para insuficiencia renal o incluidos en programas especiales) la cobertura es del 100%; la cobertura también es del 100% en pacientes internados.
- Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria, etc.



CAPÍTULO 2: PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

El pasaje del estado de salud a la enfermedad afecta numerosos aspectos de la vida de la persona, principalmente su estado de salud, pero “colateralmente” impacta en lo emocional, lo económico, lo familiar, entre tantos otros aspectos. Es sumamente necesario conocer las características de este proceso para entender lo que atraviesa el sujeto, sobre todo desde una mirada holística y humanizante.

CONCEPTOS Y TÉRMINOS

La salud

La Organización Mundial de la Salud define en su preámbulo constitutivo al concepto de salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2014). Creemos necesario complementar esta definición con la idea de que la salud es asimismo un bien-ser, y no únicamente un bien-estar, tal como lo plantea el X Congreso de Médicos y Biólogos de lengua catalana: “aquella manera de vivir que es autónoma, solidaria y profundamente gozosa” (Congreso de Médicos y Biólogos en Lengua Catalana, 1978)

Asimismo, Osvaldo Bodni afirma que la salud es entendida como un valor de posibilidad, la cual “implica el equilibrio (homeostasis) de un sistema complejo integrado por la totalidad del sujeto y su circunstancia social: su capacidad de adaptación activa va a ser facilitada o amenazada por todo lo que ocurre en el sistema. Sujeto y circunstancia se influyen mutuamente en una interdependencia dialéctica.” La salud no es entonces un estado sino una tendencia posible, vinculada al autoconocimiento del ser individual y social (Bodni, 1991).

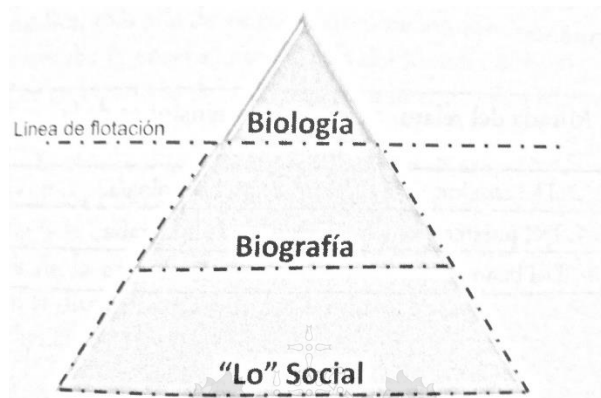
En este sentido, las definiciones anteriores del concepto de salud contemplan la *dimensión social* como parte de la misma, con esto, queremos remarcar la importancia que reviste estudiar al proceso de salud-enfermedad desde una mirada integral, no únicamente desde lo biológico, desde lo alopático. Creemos asimismo que aquí reside la importante tarea del Trabajador Social dentro del ámbito de la salud.

Por otro lado, en relación al sujeto que atraviesa el proceso en cuestión, es necesario remarcar que si bien “paciente” y “enfermo” se usan comúnmente como son sinónimos, por razones etimológicas elegimos utilizar el primer término, ya que “enfermo” proviene del latín *infirmus* cuyo significado es ‘débil’, lo que remite a una falta de fuerzas, cuando muchas veces es justamente el paciente el que cuenta con una enorme fortaleza para atravesar dicha situación; en cambio, “paciente” proviene del latín *patiens* (*pati* 'padecer, sufrir'), apócope de “padeciente”, y entendemos al padecimiento tal

como lo afirma el Dr. Francisco Maglio, como la “experiencia social de lo vivido humano como enfermo”. (Maglio, 2011)

La Enfermedad

En relación al concepto de enfermedad, la Antropología Médica ha realizado grandes aportes al categorizar a la misma, y se puede ilustrar de la siguiente manera:



Fuente: “Los pacientes me enseñan: puentes entre el interrogatorio y el escuchatorio”. Paco Maglio. (2011) Pág 15.

La figura representa a la enfermedad como un iceberg, es decir, en la parte superior se encuentra aquello que es visible para la Biología (en la línea de flotación es donde se situarían los síntomas de la enfermedad), y en la parte inferior aquello que no es visible para ésta pero sí lo es para otras disciplinas como las Ciencias Sociales: la Biografía y lo Social. Con esto vemos que para una misma situación existen dos miradas completamente diferentes: la del médico (la biológica) y la del paciente (la biográfica).

A modo de síntesis, la enfermedad tiene entonces 3 dimensiones:

- 1) Dimensión Biológica: es la enfermedad biológica, relacionada con la mirada médica, como mencionamos antes, aquello observable y/o medible, síntomas y signos, más relacionado con las objetivaciones medibles.
- 2) Dimensión Biográfica: el padecimiento del sujeto, relacionada con la mirada del propio paciente, la experiencia social de lo vivido humano como enfermo, más relacionado con las subjetividades.
- 3) Dimensión Social: la construcción social de la enfermedad, las legitimaciones sociales frente a la enfermedad, el lugar que le da el Estado a la misma, el contexto en el cual se desarrolla, etc.

LA DIMENSION SOCIAL DE LA ENFERMEDAD

El Dr. Francisco Maglio la define como “la articulación de lo histórico, lo ideológico, lo político y lo económico” frente a las enfermedades (Maglio, 2011, pág. 17), y plantea que las causas sociales de las enfermedades son muchas veces el “campo de cultivo” para las causas médicas, es decir, no son más que la expresión biológica de la construcción social de la enfermedad.

Es sumamente importante que esta dimensión esté incorporada en la práctica médica, tal como lo plantea el Manual de Ética del Colegio Norteamericano de Médicos, cuyo fin es el de servir como recordatorio de las *obligaciones* y los *deberes* comunes de la profesión médica: “Los médicos deben apoyar a la comunidad para que los que hacen las normas y políticas públicas reconozcan las causas sociales y ambientales de las enfermedades, incluyendo las preocupaciones por los derechos humanos, discriminación, pobreza y violencia. Deben trabajar para garantizar el acceso a la atención médica a todas las personas, actuar para eliminar la discriminación en el cuidado de la salud y ayudar a corregir deficiencias en la disponibilidad, el acceso y la calidad de servicios médicos incluyendo los servicios de salud mental en la comunidad.” (American College of Physicians, 2012, pág. 22)

En este sentido, contemplando esta Dimensión Social, la Salud y los Derechos Humanos están correlacionados, cuando los Derechos Humanos se promueven, la Salud también; para lo cual los médicos tienen el papel sumamente importante de “promover la salud y los derechos humanos, al discutir, señalar y tratar la desigualdad social, que incluye el cuidado de la población vulnerable, como aquella que carece de seguro médico, las víctimas de la violencia o de las violaciones de los derechos humanos. Los Médicos tenemos la oportunidad y el deber de señalar y apoyar las necesidades del paciente, pero también de la sociedad” (American College of Physicians, 2012, pág. 22)

RELACION MÉDICO – PACIENTE

“Dentro de una formación biologicista-positivista, nos enseñan en la Facultad de Medicina a interrogar y no a escuchar. Con el interrogatorio estamos *al lado* del enfermo, pero con el escuchatorio, estamos *del lado* del enfermo. Ni más ni menos, es la narrativa, y lo más importante es que es terapéutica.” (Maglio, 2011, pág. 57)

Un elemento sumamente importante en el proceso salud-enfermedad es la relación médico-paciente ya que ésta es determinante sobre la manera en cómo se desarrollará el proceso. Como toda relación humana, la relación médico paciente, debe ser una relación *osmótica* para que la misma sea enriquecedora, es decir, de una influencia recíproca entre médico-paciente, tal como lo afirma Maglio, “el que enseña también aprende y el que aprende también enseña” (Maglio, 2011, pág. 13). De cierta

forma, los médicos cuentan con la “erudición” pero los pacientes con la “sabiduría”, los médicos son el “cómo” de la enfermedad y los pacientes el “por qué” de la misma. Para que sea posible la reciprocidad entre médico-paciente es necesario dejar de un lado el “interrogatorio médico” y pasar al “escuchatorio”. El primero está relacionado únicamente con la biología, en cambio el segundo, contempla a su vez la biografía, la vida del sujeto, lo social, lo emocional, lo psíquico, lo relacional, lo vincular, no solamente lo fisiológico/biológico. El “escuchatorio” se incluiría en la mirada holística que mencionamos anteriormente. Ambos se sustentan bajo dos miradas diferentes, pero no son opuestos ni se niegan entre sí, sino que se complementan, tal como afirma Edgar Morin, aquello que es antagonista, es también complementario, sin dejar de ser antagonista. (Morin, 2009)

El Escuchatorio

A modo de síntesis, y para ilustrar las diferencias entre el interrogatorio y el escuchatorio, el autor introduce el siguiente cuadro:

	Interrogatorio	Escuchatorio
Comunicación	Monólogo	Diálogo
Resultado	Historia clínica	Narrativa
Sustrato	Biológico	Biográfico
Eficacia	Biológica	Simbólica

Fuente: “Los pacientes me enseñan: puentes entre el interrogatorio y el escuchatorio”. Paco Maglio (2011). Pág 18.

En este sentido, en el interrogatorio el poder es unidireccional, del médico hacia el paciente; en cambio, en el escuchatorio, es bidireccional, es “una relación vincular donde poderes y saberes circulan con libertad, simetría y de manera solidaria, sin ningún tipo de sometimiento: ni el paciente sometido al médico, ni el médico sometido al paciente” (Maglio, 2011)

Por lo tanto, creemos que el escuchatorio es central en la relación médico paciente, para lo cual a fin de que se desarrolle tal relación en términos de justicia se deben dar tres aspectos: (Maglio, 2011)

- Empatía: distancia óptima entre la desubjetivización y la sobresubjetivización del paciente.
- Aceptación: el no juzgamiento de las conductas del paciente.
- Veracidad: distinguir entre el derecho del paciente a saber y el derecho a no saber. Decir siempre la verdad, pero delimitar en tiempo y espacio cada uno de estos derechos.

Es por esto, que la narrativa del paciente cobra una gran importancia, siendo ésta la subjetividad, lo que el paciente *siente* que es su enfermedad teniendo una incidencia terapéutica dentro del proceso salud-enfermedad, hecho demostrado en numerosos estudios acerca de la repercusión psicosocial sobre los mecanismos defensivos inmunológicos (Maglio, 2004). Es por esto que la narrativa es la

expresión de la biografía: es la búsqueda de un sentido al sufrimiento, es un modelo explicativo, es la expresión simbólica del padecimiento.

Por último, y a modo de síntesis, el autor propone la siguiente diferenciación entre las dimensiones biológica y biográfica:

“Para la biología, la enfermedad es una construcción biológica des-socializada. Para la biografía, la enfermedad es una construcción social con expresión biológica. Para la biología, el enfermo es un promedio estadístico. Para la biografía, el enfermo es, en términos kantianos, una persona; es decir, tiene dignidad y no precio, es un fin en sí mismo y no un medio, es un sujeto y no un objeto. Para la biología, un enfermo es «un caso». Para la biografía, un enfermo es una historia de vida.” (Maglio, 2011, pág. 26)

CIRCUITO DE SALUD

Si tomamos al proceso salud-enfermedad como si fuera un hombre que transita por un camino, el Circuito de Salud sería dicho camino, es decir, donde se enmarca y desarrolla el proceso de salud-enfermedad para el ciudadano Chubutense. Este concepto es utilizado internamente entre los profesionales del Servicio Social de la Casa del Chubut, y hace referencia al atravesamiento de tres etapas fundamentales por las que pasa el paciente:

- 1) **LA DERIVACION**: es la etapa que da inicio al Circuito de Salud, donde el ciudadano chubutense es informado sobre la necesidad de recibir el tratamiento adecuado en Buenos Aires debido a que su condición clínica supera la complejidad sanitaria de la provincia. Esto se da, generalmente, porque el paciente presenta una Enfermedad de Alta Complejidad la cual debe recibir un tratamiento específico o especial, que exige el traslado del sujeto a Buenos Aires para recibirlo ya que la provincia (o provincias aledañas) no cuenta con las instituciones de salud necesarias para tratar la mayoría de las afecciones complejas. Es por esto que en esta etapa se producen diferentes modificaciones en múltiples aspectos de la vida del paciente, sólo mencionar que debe viajar 1400 km de distancia para tratar su enfermedad, lo cual tiene un impacto directo en la dinámica familiar, la etapa del ciclo vital familiar en que se encuentra, la economía del hogar, la situación laboral del paciente y de su acompañante, la separación de sus redes de contención y de su lugar de pertenencia, entre otros; en otras palabras: el paciente debe atravesar una situación de desarraigo a fin de acceder al tratamiento que su enfermedad demanda.

2) TRATAMIENTO EN BUENOS AIRES: esta es la etapa en la cual el ciudadano chubutense recibe tratamiento a su enfermedad en Buenos Aires. Es la etapa “bisagra” y la más crucial en el proceso ya que el sujeto se encuentra luchando contra su enfermedad, lejos de sus seres queridos, en una ciudad que – la mayoría – no conoce, lidiando con los gastos – económicos y energéticos – que le demanda tanto su enfermedad como su estadía. En esta etapa se entremezclan diferentes marcos institucionales como:

- El Hospital donde recibe tratamiento, el cual, dependiendo de su cobertura puede ser público o privado. Dentro de dicho Hospital, El Servicio Social de la Casa del Chubut entrará en contacto con el Servicio Social del Hospital para generar una red de intervención.
- La Obra Social, en donde el mismo paciente – o su acompañante – deben realizar diferentes trámites para obtener las coberturas correspondientes.
- El Hotel, el cual es cubierto o bien por la Obra Social o bien por el Servicio Social de la Casa del Chubut. Es sumamente importante para el Servicio Social mantener un contacto frecuente con los hoteles que poseen convenios con la Casa del Chubut ya que consideramos fundamental que el hotel cuente con las condiciones ambientales y edilicias adecuadas para recibir a los pacientes.
- La Casa del Chubut, institución troncal en el Circuito de Salud, ya que es la que genera una red institucional entre las anteriores instituciones mencionadas, además de brindar los recursos humanos y económicos necesarios para el atravesamiento de esta etapa.
- Instituciones de la Provincia del Chubut: la red institucional que traza el Servicio Social de la Casa de la Provincia del Chubut también incluye a instituciones localizadas en la provincia del Chubut para generar una intervención sostenida en el tiempo que incluya el regreso del sujeto a la provincia.

3) REGRESO A LA PROVINCIA DEL CHUBUT: es la etapa final del Circuito de Salud, y es en la que se puede analizar el “saldo” que dejó el atravesamiento por las dos etapas anteriores. En esta etapa el ciudadano chubutense regresa a su hogar, que pudo o no haber sido modificado según los requerimientos de su recuperación. Esta etapa suele producir un alto impacto en la persona, ya que, en su ausencia, múltiples factores pueden haber cambiado y su vida diaria puede haber sido modificada.

CAPÍTULO 3: REDES SOCIALES

Un individuo está atravesado por un entramado de relaciones sociales construido tanto por vínculos positivos como negativos. Las personas que rodean a un individuo algunas veces conocen a los otros y otras veces no, ya que la red tiene diferentes grados de densidad. Las relaciones de cada persona pueden tener diferentes contenidos e intensidades. Las que se encuentran en la red social de una persona tienen en común el hecho de que influyen en la persona de varios modos.

La Red Social es un grupo de personas, miembros de una familia, vecinos, amigos y otras personas, capaces de aportar una ayuda y un apoyo tan reales como duraderos a un individuo o una familia. A su vez, se puede imaginar a cada grupo de personas como “puentes”, que se construyen cruzando de un extremo al otro de los ámbitos, estableciendo de ese modo una comunicación que genera intercambio e interconexión. Estos puentes se entrelazan como una “red de vinculación” que posibilita condiciones más humanas, para dar respuesta a las adversidades que todo grupo atraviesa en algunos de sus tramos vitales. (Chadi, 2000)

Los indicadores funcionales de una red social, son aquellos que permiten la colaboración y que respeten el accionar independiente de cada componente. Para que la contención y el crecimiento sean factibles, los “puentes” deben lograr el equilibrio entre dependencia e independencia que fortalezca la autodeterminación de todos y cada uno.

Todos contamos con una red de contactos más o menos amplia, la dinámica de las redes sociales se instituye por el contexto (marco en el cual la conducta y los mensajes verbales y no verbales se hacen significativos) al que pertenece cada una y dependiendo de los aspectos que se comparten en común, y que funcionan con el fin de algún objetivo determinado.

TIPOS DE REDES SOCIALES

De acuerdo a esta dinámica, se pueden clasificar en Primarias, Secundarias e Institucionales:

La **red primaria**, es la familia, la unidad básica de la cual se expanden los otros conjuntos humanos, incluye a todos los individuos con los que interactúa una persona dada. Es a partir de la familia, que establecemos un “mundo interno y un mundo externo” respecto de la misma. (Familia, familia ampliada).

En este sentido, es necesario plantear las características que debe reunir una familia para ser considerada funcional, establecidas por el autor W. Beavers. Cabe señalar que el funcionamiento adecuado no depende ni de la forma que puede adquirir la familia, ni de la cantidad y diversidad de